NEW YORK STATE
OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS

طلب معاينة نسخة من السجل السريري أو الحصول عليها

PATIENT'S LAST NAME	FIRST	M.I.
CASE NO.		
UNIT	FACILITY	

التعليمات:	يجب استكمال هذا النموذج وإعادته إلى الاستشاري الخاص بك لمعاينة نسخة من السجل الطبي الخاص بك أو الحصول عليها. ستُتاح المعلومات لك خلال 30 يومًا من تاريخ هذا الطلب.

إفصاح بناءً على موافقة المريض

مدى أو طبيعة المعلومات المطلوب معاينتها/الحصول عليها
الغرض من المعلومات أو الحاجة إليها
عنوان إرسال المعلومات المطلوبة
اسم أو مسمى الشخص أو المؤسسة المفصحة عن المعلومات من:

أنا الموقع أدناه، طلبت كتابةً أن تُتاح لي المعلومات الواردة أعلاه من السجل الطبي الخاص بي. وأفهم أنه من أجل حصولي على هذه المعلومات يجب عليَّ إرسال هذا الطلب المكتوب، وأفهم أن المعلومات ستُتاح لي خلال 30 يومًا من تاريخ هذا الطلب.

وأفهم أن أي إفصاح يخضع لأحكام المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية المنظم لأحكام سرية سجلات المرضى مدمني المخدرات والكحوليات، وقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (HIPAA) لعام 1996 والمادة 45 من قانون اللوائح الفيدرالية C.F.R والمادتان 160 و164، وأن أي إفصاح للغير محذور دون تفويض خطي إضافي من جانبي.

ملاحظة: ستتم محاسبتك على رسوم نظير نسخ هذه المادة. هذه الرسوم بمقدار $0,05 للصفحة

(توقيع المريض) _____ (توقيع الوالد/ولي الأمر، عند الطلب) _____

(اسم المريض مطبوعًا) _____ (اسم الوالد/ولي الأمر مطبوعًا) _____

(التاريخ) _____ (التاريخ) _____

إجراء المؤسسة:

☐ الطلب مقبول.

☐ الطلب مرفوض. سبب الرفض _____

المدير/المدير المساعد _____ (التاريخ)